

Lugar y Fecha: San Miguel, 20 de Enero de 2020. /

Solicitante: FARMACIA /

Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante: GRUPO PAILL, S.A. DE C.V. /

Clasificación: Gran Empresa

Dirección: 8ª. Av. Sur y 10ª. Calle Oriente # 470. San Salvador. Tel. 2281-0222.

No de Orden: 010/2020 /

Solicitud No: 027/2019

NIT Y/O NRC:

Correo electrónico: hhernandez@pall.com

COMPRA DE MEDICAMENTO.

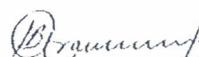
| R | CANTIDAD | U/M | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN GENÉRICA | DESCRIPCIÓN COMERCIAL | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----|----------|-----|----------|--|---|-----------------|-------------|
| 03 | 180 | C/U | 03100125 | TOBRAMICINA + DEXAMETASONA (0.3+0.1)% SUSPENSIÓN OFTÁLMICA FRASCO GOTERO (5-10)ML. | IRISTOBRA - D SUSPENSIÓN OFTÁLMICA. CONCENTRACIÓN: TOBRAMICINA 3.0, DEXAMETASONA 1.0MG. PRESENTACIÓN: FRASCO GOTERO X 5ML. MARCA: PAILL. ORIGEN: EL SALVADOR. VENCIMIENTO: NO MENOR DE 1 AÑO. VIGENCIA DE COTIZACIÓN: 30 DIAS HABILIS A PARTIR DE ESTA FECHA. | \$ 4.50 | \$ 810.00 |

TOTAL US: \$ 810.00

(TOTAL EN LETRAS): Ochocientos diez 00/100 dolares de los Estados Unidos de America /

| | | |
|---|---|---|
| OBSERVACION Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.- | INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra. En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación. | C.C. *ALMACÉN *UFI *UAGI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC. |
|---|---|---|

| | | |
|-------------------|---|----------------------------------|
| LUGAR DE ENTREGA: | HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL | |
| FECHA DE ENTREGA: | 5 días hábiles después de recibir OC | FORMA DE PAGO: CRÉDITO 60 DÍAS / |


 E. 
 Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
 DIRECTORA HOSPITAL

| | |
|--|---|
| Administrador de la Orden: Licda. Claudia Maricela Ulloa de Cazares. Jefe Farmacia PBX: 2665-6100. Ext. 1251. | Elaboró: Licda. Sofía Carolina Mendoza M. FECHA DE DISTRIBUCIÓN: 23 ENE. 2020 |
|--|---|